PROPOSITIONS

N° 104.

SUR DIVERSES PARTIES

DE L'ART DE GUÉRIR;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 juin 1818, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PAUL-ANTOINE DUBOIS,

Elève interne des hôpitaux civils; Aide de clinique à l'hospice de l'École de Médecine de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1818.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS, *Président.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY, *Examinateur.*
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ANTOINE DUBOIS,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Paris.

P. A. DUBOIS.

PROPOSITIONS

SUR DIVERSES PARTIES

DE L'ART DE GUÉRIR.

SUR LES POLYPES DES FOSSES NASALES ET DU PHARYNX.

I.

Tous les procédés de ligatures qui nécessitent l'emploi d'instrumens solides et inflexibles, comme le double tuyau, et les pinces de *Levret;* la canule et le porte-nœud de *Desault,* etc., ne peuvent être appliqués à la guérison des polypes des fosses nasales; les difficultés que l'on éprouve pour s'en servir dans des cavités aussi étroites et aussi peu extensibles doivent en faire restreindre l'usage aux polypes de l'utérus.

II.

Le procédé de *Brasdor,* décrit par *Bichat* dans les Œuvres chirurgicales de *Desault,* est d'une exécution très-simple; mais il a tous les inconvéniens attachés en général à l'emploi d'un fil d'argent.

III.

Bichat conseille, dans le même ouvrage, de substituer un fil de lin au fil d'argent dont se servait *Brasdor,* de conduire l'anse sur

la base de la tumeur, et de remplacer le double tuyau de *Levret* par un serre nœud. Voici d'ailleurs ses propres expressions :

« Si l'on voulait employer le procédé de *Brasdor*, il faudrait le « faire avec la modification suivante : 1.° passez dans la narine, du « côté de la tumeur, une sonde élastique que vous ramenerez par « la bouche. 2.° Fixez au bout de cette sonde, sortant par la bou- « che, les deux chefs d'une ligature, qui formera ainsi une anse « dans laquelle un second fil sera passé. 3.° Faites retirer par un aide « la sonde à travers les narines; conduisez en mêmetemps l'anse qui « remonte, entraînée par elle sur la base de la tumeur, en tenant ses « deux fils écartés avec les doigts portés dans le gosier; si une pre- « mière tentative ne réussit pas, retirez l'anse par la bouche au moyen « du fil qui y est engagé, et recommencez l'opération. 4.° Quand la « base du polype sera embrassée, faites retirer la sonde par le nez, « et avec elle les deux chefs de la ligature que vous engagerez dans « le serre-nœud, lequel, porté ainsi jusqu'à la tumeur, sert à l'é- « trangler par les constrictions successives qu'on lui fait éprouver. »

On voit que *Bichat* avait bien senti la plupart des imperfections que présentait le procédé de *Brasdor;* mais s'il eût exécuté ce qu'il conseille, il aurait reconnu sans doute un autre inconvénient dépendant du peu de consistance d'une anse de fil, dont la largeur diminue à mesure qu'elle s'approche du polype, et qui, d'un autre côté, se tortille, et s'efface par conséquent, avec la plus grande facilité, pour peu qu'elle soit humectée.

IV.

Si l'on veut, en adoptant la modification conseillée par *Bichat*, éviter l'inconvénient dont je parle, il faut que la ligature, faite avec un cordonnet de soie ou quelques brins tressés de fil de Bretagne, soit engagée vers son milieu dans un morceau de sonde de gomme élastique d'un calibre tel, qu'il augmente le moins possible le volume de la ligature, et d'une longueur de six à

sept pouces. Cette sonde sera fixée par ses extrémités au milieu de la ligature. On a par ce moyen une anse tout à la fois solide et flexible, qui peut parvenir jusqu'au pharynx sans perdre sensiblement de sa largeur. (*Voy.* la planche) Lorsque, après avoir embrassé la base du polype, on voudra retirer le morceau de sonde dont la présence s'opposerait à l'application du serre-nœud, il suffira de tirer à soi un des bouts de la ligature qui ont été ramenés par la narine correspondante, en ayant soin que le côté opposé, en même temps qu'il cède à la traction qui s'opère, soit maintenu à la même hauteur. Le morceau de sonde se porte en avant, sort par la narine, et en est extrait; un autre point de la ligature forme l'anse et embrasse la base du polype; les deux côtés étant alors réunis, sont engagés dans un serre-nœud.

Il faut avouer que, très-applicable aux polypes volumineux qui occupent, soit la partie postérieure des fosses nasales, soit l'extrémité supérieure du pharynx, ce procédé est loin de convenir également aux polypes développés dans l'intérieur même des fosses nasales, lieu qui n'est pas facilement accessible au doigt.

V.

Presque aussitôt après l'application de la ligature, le polype s'engorge et augmente de volume, et s'il est situé au voisinage du larynx, il descend sur l'orifice supérieur de cet organe, gêne la respiration, et pourrait même suffoquer le malade. L'on doit alors saisir, avec des pinces-airignes, qui seront ensuite confiées à un aide, la portion du polype qui déborde le voile du palais, abaisser et maintenir la langue avec deux doigts de la main gauche introduits dans la bouche, et retrancher, au moyen des ciseaux ou du bistouri courbes, tout ce que l'on peut atteindre sans danger.

VI.

Lorsque la ligature a presque entièrement coupé le pédicule du polype, l'on doit exercer sur le malade la surveillance la plus scru-

puleuse. Un aide sera placé auprès de lui pendant son sommeil, observera avec attention la manière dont il respire, et se tiendra prêt à extraire le polype avec des pinces, s'il tombe sur la partie supérieure du larynx.

Un homme sur lequel cette opération avait été faite fut trouvé mort dans son lit quelques jours après. A l'ouverture du cadavre, on trouva le polype, dont le pédicule avait été coupé, remplissant par son volume presque toute la partie supérieure du pharynx, et fermant exactement l'ouverture de la glotte.

TAILLE LATÉRALISÉE.

I.

Est-il nécessaire pendant l'incision de la peau et des muscles, est-il prudent pendant celle de l'urètre et du col de la vessie, de confier le cathéter à un aide, comme le font ceux qui suivent rigoureusement le procédé de *Chéselden?*

Dans la première incision, l'aide chargé du cathéter a deux indications à remplir; l'une est de maintenir le cathéter dans la vessie, l'autre est d'en incliner le manche vers l'aine droite du malade, et d'en faire saillir la courbure au côté gauche du périnée. Toutes les deux me paraissent inutiles; la première, parce que, si le cathéter a pénétré dans la vessie, sa courbure, beaucoup plus prononcée que celle de la sonde ordinaire, s'oppose entièrement à sa sortie hors de cet organe, le malade restant couché sur le dos. La seconde, parce que la saillie du cathéter au périnée est tout-à-fait indifférente pour l'incision extérieure, dont la direction et les limites sont presque invariables.

Dans la seconde incision, lorsque, après avoir intéressé la peau, le tissu cellulaire graisseux, le muscle transverse et une petite partie du releveur de l'anus, l'opérateur se dispose à inciser la portion membraneuse de l'urètre, la prostate et le col de la vessie, le ca-

théter doit, par un mouvement de totalité, être porté en avant, élevé sous la symphyse des pubis, et incliné en même temps du côté gauche du périnée. Le premier mouvement a pour but de rapprocher du col de la vessie le bec du cathéter où doit s'arrêter le lithotome; le second, d'éloigner du rectum les parties qui vont être incisées; le troisième, de présenter à l'instrument la cannelure qu'il doit suivre, et par conséquent la partie latérale du canal de l'urètre. Chacun de ces mouvemens est donc essentiel; l'omission d'un seul peut compromettre le succès de l'opération, et il n'est pas prudent qu'ils soient exécutés par tout autre que l'opérateur.

Quand celui-ci tient lui-même le cathéter, il y a entre ses deux mains un concert tel, que c'est autant la cannelure qui se présente au lithotome que celui-ci qui va chercher la cannelure; chacun des mouvemens du cathéter en avant, en haut et de côté, est exécuté et modifié à la volonté de l'opérateur; le cathéter cède ou résiste suivant que la marche du lithotome éprouve ou non des obstacles. Il n'en peut être ainsi certainement lorsque le cathéter est confié à un aide quelque habile qu'on le suppose.

Le chirurgien donc, après avoir introduit le cathéter et reconnu la présence du calcul, abandonnera l'instrument, relèvera le scrotum avec le bord cubital de la main gauche, fera sa première incision, reprendra le cathéter au moment d'entamer l'urètre, et ne quittera cet instrument qu'après l'introduction du gorgeret ou des tenettes dans la vessie.

II.

L'incision faite suivant le procédé de *Chéselden* représente un triangle scalène dont la base répond aux tégumens, et le sommet tronqué à l'extrémité antérieure de la prostate; l'un des côtés est parallèle à la portion membraneuse de l'urètre qui est incisée, l'autre s'étend de la prostrate à l'angle inférieur de la plaie. L'incision faite suivant le procédé de *Moreau* représente deux triangles réunis par leur sommet tronqué au milieu de l'intervalle qui se trouve entre le

périnée et le col de la vessie. Par ce moyen *Moreau* évitait la lésion de quelques petites branches artérielles qui traversent le tissu graisseux voisin de la prostrate. On peut avec avantage exécuter l'intention de *Moreau*, tout en suivant d'ailleurs le procédé de *Chéselden*.

III.

Lorsque la pierre a été saisie par les tenettes d'une manière défavorable, il faut, disent la plupart des auteurs, porter le bouton dans l'intervalle des branches et la culbuter. Ce conseil suppose nécessairement la connaissance des différens diamètres de la pierre, celle du diamètre qui est saisi, et enfin la certitude, ou du moins l'espoir fondé, de donner à la pierre une position plus avantageuse. En accordant même tout cela, le conseil n'est pas exécutable.

IV.

Si l'écartement des branches des tenettes indique que la pierre est d'un volume trop considérable relativement à l'incision de la prostate et du col de la vessie, il est beaucoup plus prudent, au lieu d'exercer des tiraillemens fort douloureux, d'augmenter l'étendue de l'incision. Les tenettes étant confiées à un aide, un bistouri droit boutonné est conduit jusqu'au col de la vessie le long du doigt indicateur de la main gauche; celui-ci presse sur le dos de l'instrument, ne coupe que les parties qui sont tendues, et évite par ce moyen d'intéresser le rectum. Comme la pierre saisie par les tenettes se trouve alors très-rapprochée de l'ouverture faite à la vessie, il est en quelque sorte possible de proportionner à son volume l'étendue nouvelle que l'on donne à l'incision.

V.

Les tenettes courbes offrent très-peu d'avantages et de très-grands inconvéniens. On peut toujours vaincre la difficulté pour laquelle sans doute elles avaient été imaginées, en se servant de tenettes dont les mors sont très-courts.

VI.

Lorsque les tentatives pour l'extraction de la pierre ont été longues et infructueuses, la plaie, surtout celle du col de la vessie, se resserre par l'effet de l'irritation, et n'admet plus qu'avec peine le doigt ou les instrumens. C'est alors qu'il est prudent de suivre le conseil de Franco, et de faire l'opération en deux temps. La canule conseillée dans ce cas pour entretenir l'ouverture de la plaie est un instrument inutile.

VII.

Le lithotome représenté (*Voy.* la planche) me paraît réunir tous les avantages du couteau de *Chéselden*, sans avoir les inconvéniens justement reprochés à celui-ci, et qui dépendent surtout de la grande convexité et du peu d'étendue de sa lame.

ACCOUCHEMENS.

I.

L'accouchement naturel est l'expulsion du produit de la conception hors de la matrice, déterminée par l'action des fibres propres de cet organe et celle des muscles abdominaux.

II.

L'accouchement contre nature est l'expulsion du produit de la conception hors de la matrice, déterminée par l'action des fibres propres de cet organe et celle des muscles abdominaux, aidée ou dirigée par la main de l'accoucheur.

III.

L'accouchement laborieux est l'expulsion du produit de la conception hors de la matrice, déterminée par l'action des fibres pro-

pres de cet organe et celle des muscles abdominaux, aidée ou dirigée par la main de l'accoucheur munie d'un instrument.

IV.

Le travail de l'accouchement se compose d'une suite de phénomènes dont les caractères et la marche méritent une grande attention. Les fibres du corps, et surtout celles du fond de l'utérus venant à se contracter, le premier effet de ces contractions est de diminuer l'épaisseur des parois de l'organe en refoulant les fluides dont elles sont gorgées, et en s'opposant par la compression des artères à ce qu'il en arrive de nouveaux. Quand l'épaisseur des parois est diminuée, le second effet des contractions est de tendre à rapprocher du centre tous les points de l'utérus, et particulièrement d'agrandir le cercle de l'orifice dont la résistance est vaincue. Le cercle agrandi offre une ouverture dans laquelle s'engagent les membranes, et la poche des eaux se forme. A la formation de cette poche succède bientôt après sa rupture, qui peut être hâtée ou retardée suivant l'énergie des contractions de l'utérus et le degré de résistance des membranes. L'eau de l'amnios s'écoule, un espace vide se forme dans l'utérus; cet organe reste d'abord comme étonné; mais, stimulé par la présence d'un corps étranger, il se contracte avec une nouvelle force; la tête de l'enfant se présente à l'orifice, s'engage et le franchit; elle est suivie des épaules qui sortent de même, et de toutes les autres parties de l'enfant. A la sortie de celui-ci succède l'expulsion de quelques caillots de sang, et peu de temps après celle des membranes et du placenta.

V.

La nature parcourt ordinairement cette suite de phénomènes pour parvenir à l'expulsion de l'enfant et de ses annexes. Cependant il n'est pas rare que quelque circonstance étrangère vienne rompre cetterégularité.

Tantôt les premières contractions de l'utérus sont suivies immédiatement de la sortie brusque de l'enfant; tantôt plusieurs des phénomènes indiqués se présentent sans que les autres suivent, et le travail interrompu ne fait aucun progrès. Dans le premier cas, l'accouchement est accompagné des accidens consécutifs les plus graves; dans le second, l'art doit venir au secours de la nature, percer les membranes, aider la sortie de l'enfant, aller à la recherche du placenta.

VI.

S'il y a du danger à se hâter trop de terminer l'accouchement, il y en a de même à trop attendre. Une étude exacte de la marche des phénomènes de l'accouchement peut seule nous apprendre à bien distinguer le temps où l'on doit laisser agir la nature, et le moment où l'art doit venir à son secours.

VII.

Lorsque le détroit supérieur du bassin offre quatre pouces dans son diamètre sacro-pubien (antéro-postérieur), cinq pouces deux lignes dans son diamètre iliaque (transversal), quatre pouces six lignes dans ses diamètres obliques ou moyens; lorsque les différens diamètres du détroit inférieur présentent une étendue commune de quatre pouces, le bassin est bien conformé et peut permettre la sortie de l'enfant, s'il ne présente lui-même aucun vice de conformation. Mais il s'en faut bien que ces mesures se rencontrent sur tous les bassins d'une manière exacte; aussi n'est-il pas rare que leur disposition vicieuse apporte à l'accouchement des obstacles qui ne peuvent être vaincus que par l'emploi du forceps, l'opération de la symphyse, l'opération césarienne.

VIII.

Depuis l'étendue de quatre pouces de la symphyse sacro-vertébrale au pubis, jusqu'à celle de trois pouces et demi, l'accouche-

ment peut se terminer par les seuls efforts de la nature, si toutes les circonstances d'ailleurs sont favorables. A trois pouces et demi, et depuis cette étendue jusqu'à trois pouces, on peut appliquer le forceps. A trois pouces, l'opération de la symphyse, aidée du forceps, est exclusivement indiquée; elle l'est également jusqu'à deux pouces et demi; enfin, si le diamètre sacro-pubien ne présente que cette étendue ou moins encore, il faut avoir recours à l'opération césarienne.

IX.

Il est étonnant que l'on ait songé à établir un parallèle entre l'opération de la symphyse et l'opération césarienne, et que l'on ait balancé les inconvéniens de chacune pour se décider en faveur de l'une ou de l'autre. Ces deux opérations se trouvent indiquées dans des cirsonstances différentes, et lorsque l'une convient, l'autre ne saurait convenir.

X.

Le forceps doit être appliqué toutes les fois qu'après la sortie du tronc celle de la tête éprouve quelques difficultés. Cette circonstance, l'une des plus favorables à l'application du forceps, est cependant celle où il est le moins employé.

XI.

Le forceps ne doit jamais servir à diminuer le volume de la tête, et l'on peut regarder comme meurtriers tous ceux qui ont été imaginés dans cette intention.

XII.

Après l'opération césarienne, les intestins, privés de la compression habituelle des parois abdominales, se laissent distendre par une énorme quantité de gaz qui se dégagent dans leur intérieur. Cette circonstance fâcheuse, qui arrive d'une manière constante, paraît

être une des causes les plus actives qui nuisent au succès de l'opération.

XIII.

L'expérience a démontré que le seul moyen d'arrêter les hémorrhagies utérines qui précèdent ou qui suivent l'accouchement est de déterminer la contraction, et par conséquent le resserrement de l'utérus. Comment a-t-on pu conseiller dans ce cas d'insuffler une vessie dans la cavité de la matrice?

PROPOSITIONS DIVERSES.

I.

L'anévrisme des artères des membres abandonné à lui-même se termine presque toujours de l'une des manières suivantes.

Le plus ordinairement la tumeur augmente de volume et s'ouvre comme un abcès; il en sort du sang en abondance, et le malade succombe à l'hémorrhagie.

Quelquefois la tumeur enflammée se gangrène et se sépare comme une grande escharre; tantôt alors l'artère malade est fermée par un caillot, elle se resserre, et il n'y a point d'hémorrhagie; dans ce cas, le malade guérit de la plaie, ou succombe à l'abondance de la suppuration; si l'artère n'est pas close à la chute de l'escharre, l'hémorrhagie a lieu.

Quelquefois la tumeur se remplit de plus en plus de coagulum fibrineux, et oppose ainsi lentement un obstacle au cours du sang. Pendant ce temps les anastomoses voisines se dilatent, et la circulation collatérale devient plus active. Il arrive un moment où, cette voie étant augmentée et l'autre diminuée, le sang change tout-à-fait de chemin; la tumeur s'endurcit, est absorbée; l'artère s'oblitère dans l'endroit malade, et les voies collatérales servent seules à la circulation.

Pour imiter le procédé le plus avantageux de la nature, il faut

favoriser la coagulation du sang dans la tumeur, et non ouvrir celle-ci.

II.

Parmi les procédés nombreux imaginés pour obtenir la guérison de la fistule lacrymale, celui qui suit mérite quelque attention : il consiste à introduire de haut en bas et à laisser dans les voies lacrymales un séton dont la grosseur doit être graduellement augmentée. Ce procédé a surtout l'avantage de dilater également toute l'étendue des voies lacrymales. Le séton, aussi gros dans l'intérieur même du point lacrymal supérieur que dans le canal nasal, n'a pas, comme dans le procédé de *Méjan*, qui ramenait le sien de bas en haut, et l'arrêtait à l'extrémité supérieure du sac, l'inconvénient de plisser la membrane muqueuse et de faire un bourrelet à l'extrémité interne des conduits lacrymaux. Ce procédé exige de la persévérance ; le point lacrymal, très-dilaté par la présence du séton, revient sur lui-même quand celui-ci a été supprimé, et il reprend facilement ses fonctions.

III.

L'on met en général de l'importance à réduire l'épiploon lorsqu'il fait partie d'une tumeur herniaire dont l'étranglement a nécessité l'opération ; l'expérience prouve qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser l'épiploon au-dehors, et qu'il y en a assez souvent à le réduire.

IV.

Le résultat de l'opération de la hernie ombilicale est si fréquemment funeste, que l'on doit y avoir recours le plus rarement possible.

V.

Le moyen de s'opposer à l'action musculaire n'est pas de tirailler les muscles par leurs extrémités, mais d'exercer sur eux

une compression méthodique. En partant de ce principe très-juste, une bande roulée, ou mieux encore les bandelettes séparées du bandage à dix-huit chefs, appliquées sur toute l'étendue du membre, seront dans les fractures du col du fémur, comme dans toutes celles où l'on emploie l'extension continue, le seul appareil convenable.

VI.

C'est sans doute par une fausse application que la trachéotomie a été proposée et exécutée dans le cas de croup, soit pour donner uniquement un passage à l'air, soit pour extraire en même temps les fausses membranes développées dans la trachée-artère. On n'aura jamais recours à cette opération, si l'on songe que les obstacles au passage de l'air ne résident pas seulement à la hauteur de la glotte ou au-dessus; que les fausses membranes n'ont pas leur siége unique à la partie supérieure de la trachée, mais qu'elles se propagent jusque dans les bronches; que la membrane muqueuse enflammée jouit de la faculté de créer à chaque instant de nouvelles concrétions; qu'une opération sur la trachée-artère ne peut manquer d'ajouter beaucoup à l'irritation dont elle est déjà le siége; qu'enfin les tentatives faites jusqu'à présent ont été presque toujours malheureuses.

VII.

L'évacuation subite du globe de l'œil peut avoir lieu pendant l'opération de la cataracte par extraction, sans que l'on en puisse accuser la maladresse de l'opérateur ou de l'aide, mais seulement par la contraction spasmodique de tous les muscles de l'œil au moment de l'incision de la cornée.

VIII.

Les frictions mercurielles répétées et poussées jusqu'à la salivation ont souvent déterminé la résolution des engorgemens du testicule lorsqu'il n'étoit pas encore désorganisé.

IX.

On a singulièrement généralisé depuis quelques années l'emploi des emplâtres agglutinatifs dans le traitement des ulcères; s'il est vrai qu'ils procurent la guérison dans un espace de temps très-court, lorsqu'ils sont employés dans les circonstances où ils conviennent, il faut avouer aussi que peut-être la prévention les a appliqués à un grand nombre de cas où, loin de convenir, ils sont nuisibles. C'est à un esprit juste à en restreindre l'usage.

X.

Rhazès a conseillé la compression pour guérir l'éléphantiasis. Ce moyen demande plusieurs essais; il est probable qu'ils ne seroient pas infructueux dans la maladie commençante.

XI.

La gonorrhée est une maladie purement locale; elle n'a jamais laissé après elle de traces de la maladie vénérienne; c'est donc bien à tort qu'on a cru nécessaire de lui appliquer un traitement antivénérien.

XII.

Il n'y a que la présence du poison dans les organes digestifs qui puisse donner la certitude de l'empoisonnement.

XIII.

Les perforations des parois de l'estomac peuvent dépendre de toute autre cause que du poison.

XIV.

La pesanteur spécifique d'une portion du poumon ne prouve pas qu'un enfant ait respiré.

XV.

Les vices de conformation que l'enfant apporte en naissant sont le résultat d'une maladie qu'il a éprouvée dans le sein de sa mère.

XVI.

Il arrive quelquefois que des tumeurs de nature fibreuse se développent dans le tissu cellulaire intermédiaire, au vagin et au fond de la vessie. Lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles poussent en bas et en arrière la paroi antérieure du vagin par laquelle elles sont recouvertes, et font alors saillie à la vulve. Si ces tumeurs en ont quelquefois imposé pour un polype ou pour un renversement de l'utérus, cette erreur a été certainement commise pour n'avoir pas assez réfléchi aux circonstances qui les accompagnent, mais surtout pour n'avoir pas su s'éclairer par le toucher. Deux ou trois caractères généraux les plus frappans peuvent en convaincre : il n'y a pas de polype, quel que soit son volume, il n'y a pas de renversement de l'utérus qui ne donne lieu à des pertes fréquentes, et qui ne porte sur la figure de la personne qui en est atteinte une altération que l'on peut en quelque sorte regarder comme un caractère propre à la maladie; de plus le toucher, exercé avec soin, ne laisse aucun doute sur les connexions de la maladie avec l'utérus.

Au contraire, les tumeurs fibreuses du vagin n'altèrent pas par elles-mêmes la santé de la personne qui en est affectée; la plupart des fonctions de l'utérus s'exécutent comme dans l'état naturel; le doigt porté dans le vagin peut parcourir toute l'étendue de la tumeur, et reconnaître que la matrice en est tout-à-fait indépendante.

XVII.

Le cancer utérin survient le plus souvent sans causes réellement connues; cependant les chocs douloureux qu'éprouve le col de

l'utérus paraissent en être une des causes les plus probables. Ce qu'il y a de certain, c'est que, rare chez les femmes qui ont vécu dans le célibat, ou qui n'ont pas eu d'enfans, cette maladie est très-fréquente chez celles qui en ont eu un grand nombre, qui ont supporté des accouchemens laborieux, mais surtout des accouchemens prématurés. Cette observation, que j'ai puisée dans les leçons de l'un de nos maîtres, est le fruit de sa longue expérience.

XVIII.

L'on doit être frappé de plusieurs différences très-sensibles que présente le cancer utérin. Tantôt, affectant d'une manière presque exclusive le col de l'utérus, il détermine comme des pertes de substance, comme des fentes sur différens points de cette portion de l'organe, et mérite en quelque sorte le nom de *cancer par érosion ;* tantôt, affectant indifféremment les diverses parties de l'utérus, il s'y développe sous forme de fongus ; et il pourrait être appelé *cancer par végétation.* Celui-ci, peu rare chez les jeunes femmes, chez celles surtout qui ont une constitution molle et lymphatique, paraît le plus souvent à l'époque même de la cessation des règles ; celui-là, au contraire, propre à la vieillesse, aux tempéramens sanguins et bilieux, se montre long-temps après la cessation de l'écoulement périodique. Le cancer par érosion occasionne en général peu de pertes ; il détruit les parties environnantes, il use les parois du vagin, de la vessie, du rectum, et confond ensemble tous ces organes. Le cancer par végétation ne donne pas lieu à tous ces désordres ; mais il est accompagné de pertes continuelles. Les douleurs sont inouïes dans le premier, et beaucoup moindres dans le second. L'un réclame l'emploi des sédatifs et des narcotiques, l'autre l'emploi des styptiques et des astringens. Une autre variété consiste dans l'engorgement cancéreux des parois de l'organe.

XIX.

L'on peut voir à la mamelle les mêmes différences, au moins quant à l'apparence extérieure. Tantôt le cancer se manifeste par la diminution de volume de la mamelle, des douleurs extrêmement vives, la rétraction du mamelon, et une sorte de fente extérieure qui ressemble assez bien à une cicatrice. Quelquefois il consiste dans des végétations ; d'autres fois, et ce sont les cas les plus fréquens, la glande mammaire ou le tissu environnant devient le siége d'une tumeur plus ou moins volumineuse.

XX.

Le vulgaire attribue la plupart des maladies qui surviennent après les couches à ce que la révolution laiteuse ne s'est pas bien opérée, et quelques personnes de l'art partagent ce préjugé; il est probable qu'ils confondent alors l'effet avec la cause.

XXI.

Si tous les phénomènes qui préparent la révolution laiteuse ne se passent pas régulièrement, on doit être certain que la femme est déjà menacée de quelque maladie, si déjà même elle n'en est pas atteinte.

XXII.

On ordonne souvent les eaux minérales prises en boisson dans les affections calculeuses, et l'on remarque que leur emploi est suivi de l'expulsion d'une grande quantité de graviers. Ces eaux ne seraient-elles pas la cause de leur production ? Cela est probable. Ce point mérite d'ailleurs d'être éclairci.

XXIII.

La saignée générale convient beaucoup mieux, toutes choses égales d'ailleurs, dans les inflammations des organes parenchymateux, que dans celles des tissus membraneux.

XXIV.

Dans les inflammations des tissus membraneux, les saignées locales et les vomitifs à dose nauséabonde paraissent très-utiles.

XXV.

Il ne faut pas confondre tout-à-fait les irritations et les autres affections par causes traumatiques ou extérieures avec celles qui dépendent d'une cause intérieure. Dans les premières, la cause est évidente, et son action est ordinairement passagère ; dans les secondes, la cause est ordinairement obscure, et peut persister indéfiniment.

XXVI.

L'opium ne doit pas être administré pour calmer la douleur symptomatique de l'inflammation.

XXVII.

Les épispastiques agissent beaucoup plus efficacement dans les maladies dépendantes d'une cause intérieure que dans les autres.

XXVIII.

Le repos des parties malades est un des plus puissans agens de la thérapeutique.

XXIX.

Un très-grand nombre de maladies ont leur siége primitif dans le système nerveux.

XXX.

Presque toutes les maladies un peu longues présentent une altération visible dans la substance des organes ; les autres ne sont peut-être que des préludes de lésions organiques.

XXXI.

La nature, quand on n'en trouble pas la marche, guérit la plupart des maladies: son observation est la meilleure étude que puisse faire le médecin; son imitation est le meilleur guide qu'il puisse se proposer.

Ἱπποκρατους Ἀφορισμοι.

Α'.

Ὁ βιος βραχὺς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξὺς, ἡ δὲ πεῖρα σφαλερὴ, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή. Δεῖ δὲ οὐ μόνον ἑωυτὸν παρέχειν τὰ δέοντα ποιέοντα, ἀλλὰ καὶ τὸν νοσέοντα, καὶ τοὺς παρεόντας, καὶ τὰ ἔξωθεν.

Β'.

Ἐπὶ τρώματι σπασμὸς ἐπιγενόμενος, θανάσιμον.

Γ'.

Ἐρυσίπελας ἔξωθεν μὲν εἴσω τρέπεσθαι, οὐκ ἀγαθόν· ἔσωθεν δὲ ἔξω, ἀγαθόν.

Δ'.

Ὁκόσοι ἔμπυοι, ἢ ὑδρωπικοὶ καίονται, ἢ τέμνονται, ἐκρυέντος τοῦ πύου,

Hippocratis Aphorismi.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile: oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et presentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

III.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum: intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

IV.

Qui suppurati aut hydropici uruntur aut secantur, hi pure, aut

ἢ τῷ ὕδατος ἀθρόᾳ, πάντως, ἀπόλλυνται.

aquâ acervatim effluente omninò moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 27.

Ε'.

V.

Ὁκόσοισιν ἂν ὁ ἐγκέφαλος διακοπῇ, τετέοισιν ἀνάγκη πυρετὸν, καὶ χολῆς ἔμετον ἐπιγίγνεσθαι.

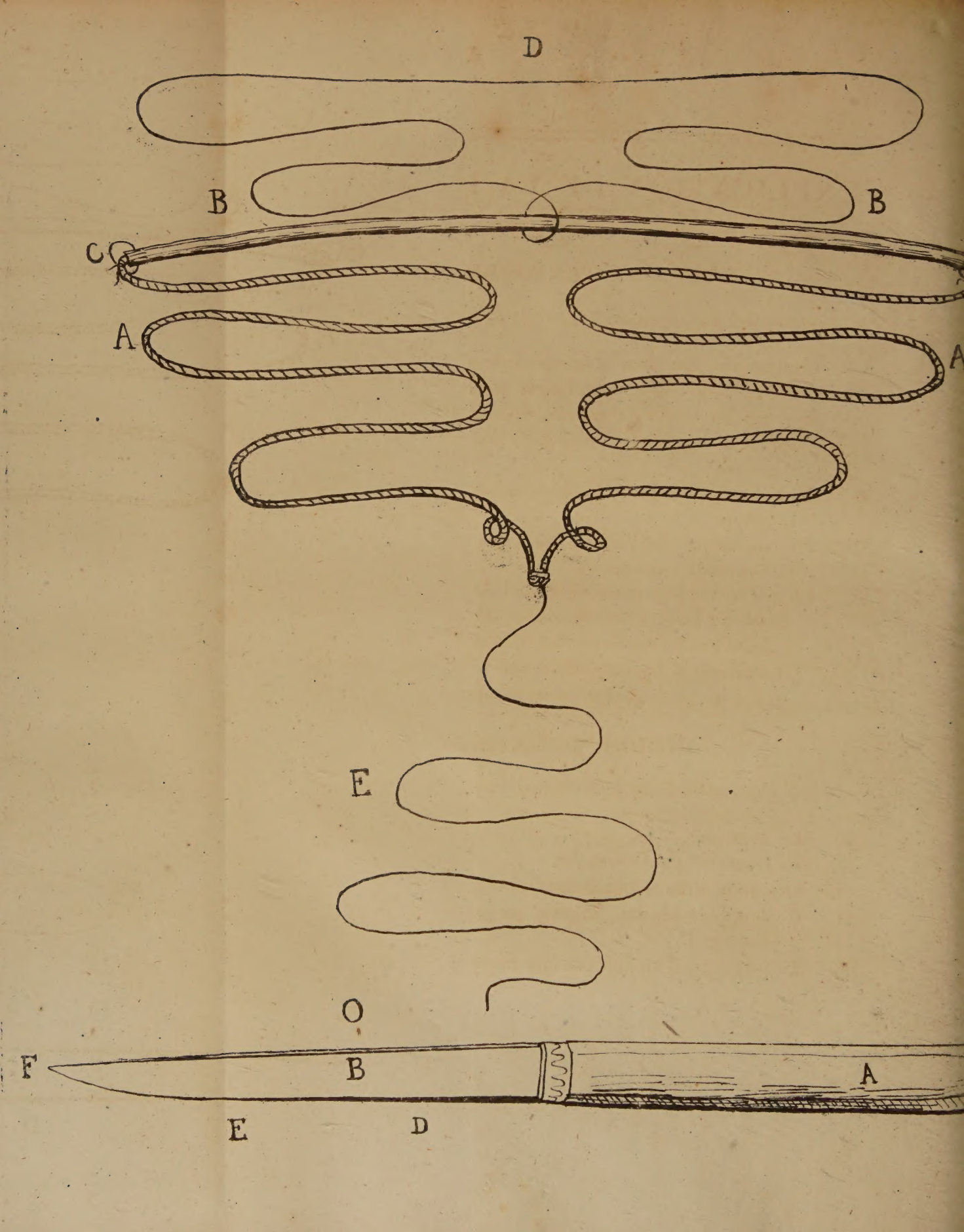
Quibus perscissum fuerit cerebrum, his necesse est febrem, et bilis vomitum supervenire. *Ibid.*, *aph.* 50.

ϛ'.

VI.

Ὁκόσοισιν ὑπὸ ἰσχιάδος ἐνοχλεμένοισι χρονίης τὸ ἰσχίον ἐξίσταται, τετέοισι τήκεται τὸ σκέλος, καὶ χωλῶνται, ἢν μὴ καυθῶσιν.

Quibus à diuturnâ coxendicis mobo vexatis coxa excidit, his crus tabescit et claudicant, nisi usti fuerint. *Ibid.*, *aph.* 60.


D
B
B
C
A
A
E
O
F
B
A
E
D

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIGURE PREMIÈRE,

représentant l'appareil décrit pour la ligature des polypes.

AA. Ligature engagée dans le morceau de sonde, et dont la longueur totale doit être de 3 pieds environ.

BB. Morceau de sonde de gomme élastique très-flexible, dans lequel la ligature est engagée; il doit avoir à peu près 6 pouces.

D. Fil qui sert à ramener l'anse quand on n'a pas réussi à saisir le polype.

CC. Fils au moyen desquels le morceau de sonde est fixé au milieu de la ligature.

E. Fil qui réunit les extrémités de la ligature, et qui sert à l'attacher au bouton de la sonde de *Belloc*, pour être ramenée ensuite par les fosses nasales. *Bichat* n'employait pas ce fil; il attachait la ligature elle-même à l'extrémité de la sonde élastique, par laquelle il remplaçait l'instrument de *Belloc*.

FIGURE DEUXIÈME,

représentant le lithotome. Voy. page 11.

A. Le manche.

B. La lame fixe sur le manche.

O. Dos de la lame, mousse dans toute son étendue.

D. Coté opposé au dos, mousse jusqu'au point E, tranchant jusqu'en F.

F. La pointe, qui ne doit pas être très-aiguë.